

番号は保険証
から転記

任意継続被保険者資格喪失申出書

記入例

記号	99	氏名	フリガナ	ケンコウ タモツ 健康 保	
番号	××××	生年月日	昭・平・令	58	年 7月 1日
被 扶 養 者	氏名	生年月日	性別	続柄	住所 (別居の場合のみ記入)
	フリガナ ケンコウ タモツ 健康 組子	昭・平・令 ● 年 ● 月 ● 日	女	妻	
	フリガナ ケンコウ アイコ 健康 合子	昭・平・令 ● 年 ● 月 ● 日	女	長女	大阪府〇〇市〇町1-1-1
	フリガナ ケンコウ ケンイチ 健康 険一	昭・平・令 ● 年 ● 月 ● 日	男	長男	
	フリガナ	昭・平・令 年 月 日			
資格喪失理由	就職した為				
喪失事由の生じた日 (他保険に加入した日)	● 年 ● 月 ● 日				
勤務先	事業所	□□□□株式会社			
	所在地	東京都千代田区〇〇町 1-1			
	保険証番号	保険者：□□□□健康保険組合 被保険者：(記号) 1234 (番号) 567890			
資格喪失年月日	年 月 日 (健保での記入欄)				
三菱UFJニコス健康保険組合 御中 うえのとおり申出いたします。 令和 ● 年 ● 月 ● 日 氏名 健康 保 住所 〒 131 - 0033 東京都文京区本郷3-33-5 Tel 03-3815-××××					
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)					
備考					

注1 必ずお手元の任意継続の保険証も一緒に提出してください(家族全員分)

注2 新保険証のコピーを添付してください。

注3 資格を喪失した月以降の保険料は還付いたします。

ただし、喪失日と取得日が同月の場合は、保険料の還付はありません。

該当する方には、この申出書の受領後に、「還付請求書」を別途送付いたしますのでご返送願います。

三菱UFJニコス健康保険組合

【適7】20220101